1. Kriterien für die Kostenübernahme durch den Bund

Bitte beantworten Sie folgende Fragen

Ich habe eines oder mehrere der folgenden Symptome:

* Symptome einer Atemwegserkrankung wie Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen
* Fieber
* Plötzlicher Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns
* Andere Symptome wie Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Schnupfen, Magen-Darm-Symptome, Hautausschläge

Kostenübernahme durch Bund

Bei positivem Ergebnis Meldung des Testresultats ans BAG

Ich habe eine Meldung der Swiss-Covid-App erhalten (Test ab 5. Tag nach Kontakt) oder es wurde behördlich/ärztlich ein Test angeordnet

 Ich befinde mich in angeordneter Kontakt- oder Einreisequarantäne

 Falls ja, Datum Beginn der Quarantäne…………………….……………………

Bestätigung eines positiven Antigen-Schnelltests

Bestätigung eines positiven Pool-Tests

 Bestätigung eines positiven Antigen-Selbsttests

Kostenübernahme durch Bund

Bei positivem Ergebnis Meldung des Testresultats ans BAG

Ich möchte einen Test auf eigenen Wunsch machen

z. Bsp. für Reisezwecke, Veranstaltungen, vor einem Besuch bei besonders gefährdeten Personen oder vor Zusammenkünften mit Personen von verschiedenen Haushalten

Test muss selber bezahlt werden

Bei positivem Ergebnis Meldung des Testresultats ans BAG

Ich wünsche das Ergebnis via kostenloser «myviollier»-App (Generierung und Integration eines QR-Zertifikates direkt in die «Covid Certificate»-App möglich)

 Ich wünsche das Ergebnis in PDF-Form via Mail Deutsch Englisch

 (Achtung: ein QR-Zertifikat muss beim Labor direkt angefordert werden!)

 Ich benötige zusätzlich ein schriftliches QR-Zertifikat auf Papier: **CHF 20.-**

 (muss abgeholt werden, kein Postversand oder Email möglich)

1. Angaben zur getesteten Person

|  |
| --- |
| **Nachname**……………………………………… **Vorname**………………………………………..**Geburtsdatum**……………………………….. **Geschlecht** m w **Strasse**…………………………………………… **PLZ/Ort**………………………………………….**Wohnsitzland**………………………………… E-Mail…………………………………………….**Krankenkasse**………………………………… **Telefon**…………………………………………..**Versicherungskartennummer 807560**……………………………………………………………..**AHV-Nr 756**………………………………………………………………………………………………………. ID- oder Reisepassnummer ………………………………………………………………………………. (nur für Reise- oder Veranstaltungszwecke) |

1. Aufklärung und Einwilligung

Ich habe Informationen zum durchzuführenden Test, den Kosten und der Bedeutung eines möglichen Ergebnisses erhalten. Allfällige Fragen konnte ich mit einer Fachperson klären. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Probenentnahme, der Datenbearbeitung und der Meldung an die zuständige kantonale Behörde und ans BAG einverstanden.

Ich bestätige, dass ich während mindestens 1 Stunde vor dem Test nichts gegessen, nichts getrunken, nicht die Zähne geputzt, keinen Kaugummi gekaut, kein Bonbon gelutscht und nicht den Mund gespült habe.

Im Falle einer Reisebestätigung ist mir bewusst, dass ich die Einreisebestimmungen meiner Destination selber abklären und einhalten muss. Sollte ich trotz der vorgelegten PCR-Testbestätigung nicht einreisen dürfen, kann die Apotheke Schneider AG dafür nicht zur Rechenschaft gezogen werden. Eine Rückerstattung der Testkosten kann nicht eingefordert werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind.

Grosshöchstetten, den ……………………………………………………………………………………………….

Unterschrift der getesteten Person………………………………………………………………………………